



VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública

ISSN: 2594-5688

Sociedade Brasileira de Administração Pública

ARTIGO

**A TAXA DE COBERTURA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE DO ANO DE 2020 MUNICÍPIOS DO
ESTADO DE SÃO PAULO E SUA RELAÇÃO COM O GASTO
ORÇAMENTÁRIO**

**JAIME CROZATTI, DYANE VIEIRA DOS SANTOS, TAMIRES BARROS SILVA, MARINA
TOMAZELLA ROSITO, PATRICIA RIGHETTO**

GT 11 FEDERALISMO, REGULAÇÃO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública, Brasília/DF, 3 a 5 de novembro de 2021.
Sociedade Brasileira de Administração Pública (SBAP)
Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP)
Brasil

Disponível em: <https://sbap.org.br/>

A Taxa de Cobertura dos Serviços de Atenção Básica à Saúde do Ano de 2020 Municípios do Estado de São Paulo e Sua relação Com o Gasto Orçamentário

RESUMO

Considerando que a Taxa de Cobertura da Atenção Básica é o principal indicador da efetividade do princípio da universalidade do SUS este trabalho avalia o nível de correlação desta taxa com os gastos orçamentários da área para avaliar a influência dos gastos com pessoal próprio e com serviços e compras de terceiros. Usa dados do TCE SP e do Ministério da Saúde. Os resultados apontam que houve expansão dos gastos totais que saltaram de 8,9 para 24 bilhões de reais no período de 2008 a 2020, que o gasto médio por habitante nos municípios com até 30 mil habitantes é significativamente mais alto do que nas demais categorias e que o gasto com pessoal próprio tem significância estatística e correlação positiva com a taxa de cobertura dos serviços da atenção básica à saúde nos entes federados municipais do Estado de São Paulo.

Palavras chave: atenção básica à saúde. Cobertura da atenção básica. Gestão da saúde pública.

1 Introdução

A saúde tem sido a mais relevante política pública no contexto da pandemia da Covid-19. A promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, a responsabilidade do Estado em oferecer serviços de saúde instituiu uma política consolidada no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, houve melhora na proposição do planejamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde (Almeida, 2013).

Como passos adicionais, a Lei n. 8.080 de 1990, que fundamenta as diretrizes e os princípios do sistema, permitiu a organização regionalizada e hierarquizada do SUS. A regionalização considera a definição de territórios específicos como critério para prioridade de ações e serviços do ponto de vista epidemiológico. Nestes territórios, o município assume posição de ator estratégico. Os níveis de complexidade crescente na oferta dos serviços de saúde demandados pela população definem a necessidade da hierarquização que apresenta a atenção básica na base dos serviços. Estes são prioritariamente oferecidos pelas estruturas geridas pelos municípios (Lei n. 8.080, 1990).

A despeito da crescente necessidade de recursos tendo em vista a mudança de perfil demográfico da população brasileira (Mendes, Sá, Miranda, Lyra & Tavares, 2012), o SUS acompanhou a influência das iniciativas de modernização da administração pública gerencial com foco em gerar resultados e aumentar a eficiência no uso dos recursos (Varela, Martins & Fávero, 2012). O desafio posto é o de coordenar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros de forma integrada entre as três esferas do governo e, se necessário, complementar os recursos da iniciativa privada para realizar o atendimento das demandas da população (Almeida, 2013).

A aplicação dos recursos orçamentários liquidados no SUS foi definida pela Emenda Constitucional n. 29/2000, na qual os Municípios têm o compromisso de aplicar o mínimo de 15% e os Estados 12% da respectiva Receita Corrente Líquida (RCL) (Emenda Constitucional n. 29, 2000). No contexto da crise fiscal e política de 2015, a Emenda Constitucional n. 95/2016 definiu o valor aplicado no ano de 2017 acrescido da correção monetária pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como o montante mínimo do gasto com saúde pela União a partir do período entre os anos de 2018 e 2036, (Emenda Constitucional n. 95, 2016; Araújo, Gonçalves & Machado, 2017).

Neste cenário, a execução do orçamento municipal de saúde oferece oportunidade ímpar para avaliação das ações e serviços quanto à eficiência, eficácia e efetividade, e fonte

de estudos para identificação de melhorias da qualidade dos gastos públicos (Varela *et al.*, 2012).

Um último ponto a ser considerado no contexto do problema a ser discutido neste estudo é o processo de terceirização dos serviços públicos de saúde (Druck, 2016). De acordo com a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) do IBGE, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) eram responsáveis pela gestão de 1.113 estabelecimentos de saúde em 124 municípios no estado de São Paulo (IBGE, 2020). Segundo Farias (ALESP, 2018), das 782 unidades de saúde presentes nestes municípios, 513 eram geridas por OSS, abrangendo 778 serviços de saúde, dos 1.341 oferecidos. No ano de 2016, no município de São Paulo, foram transferidos 43,6% do orçamento municipal da função Saúde às OSS, sendo 37,6% do orçamento da subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial e 92,3% do orçamento da subfunção Atenção Básica (Tonelotto, Crozatti, Righetto, Escobar, & Peres, 2018).

No contexto pontuado acima, este trabalho tem como objetivo avaliar o nível de associação estatística entre a taxa de cobertura dos serviços de atenção básica e os gastos orçamentários liquidados no ano de 2020, categorizados em pessoal próprio e compras de materiais e serviços de terceiros pelos municípios de São Paulo. A pergunta que orienta esta investigação é: Qual o nível de correlação e de significância estatística entre os recursos orçamentários liquidados utilizados e os indicadores da taxa de cobertura dos serviços prestados na atenção básica à saúde pelos municípios de São Paulo no ano de 2020?

O texto apresenta, após essa breve introdução, uma consideração sobre o processo de saúde pública, o financiamento da saúde pública no Brasil e o sistema único de saúde (SUS). Na metodologia são definidos os procedimentos de coleta e análise dos dados. O tópico de resultados e análises apresenta os principais achados em relação ao perfil dos municípios objetos do estudo, o comportamento dos gastos com a atenção básica no período de 2008 a 2020 bem como dos gastos médios por habitante no mesmo período e a correlação multivariada descrita no objetivo

1. Políticas públicas de saúde e seu financiamento nos municípios brasileiros

1.1. O processo da saúde pública

A saúde é uma construção coletiva que em seu aspecto mais amplo reflete valores sociais, culturais, subjetivos e históricos e se relaciona com a formação de uma sociedade (Paho, 2018). A oportunidade de se levar uma vida longa e saudável, medida pela expectativa de vida, é uma das dimensões que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

(PNUD, 2021). As necessidades relativas à saúde limitam a participação pública de qualquer indivíduo, seu desenvolvimento econômico, o acesso à qualificação bem como os relacionamentos sociais.

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. No Brasil, as discussões em torno da saúde foram mais exaltadas na época da industrialização brasileira, período este em que se estabeleceu a crise do modelo assistencial privatista e se sucederam relevantes alterações nas estruturas econômicas e políticas (Paho 2018).

Com a redemocratização do país nos anos 1970, as discussões em torno de um novo modelo de assistência à saúde criaram espaços para a construção de uma medicina comunitária, constituindo-se na base fundamental da reforma sanitária brasileira e resultando, em 1986, na fundamentação que viria a se tornar o novo sistema de saúde brasileiro lançado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CONASS 2015).

Esse movimento de politização da saúde garantiu a incorporação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, bem como outras medidas de proteção à saúde coletiva. O texto da Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e também garantiu a descentralização da gestão do SUS e a sua participação popular (CONASS 2018).

Neste contexto, a forma do Estado brasileiro influenciou o modelo federalista sanitário de organização do SUS com características cooperativas e interestaduais. A cooperação pode ser observada, por exemplo, na transferência de recursos fundo a fundo entre as três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal - e na coordenação centralizada de políticas de alcance nacional com incentivos financeiros para adoção pelos demais entes da federação, muito embora as decisões ainda ocorram de maneira interfederativa (Tripartite). A descentralização da assistência à saúde foi vista à época como alternativa para garantir políticas públicas com maior participação democrática garantindo voz às comunidades (Mendes *et al.*, 2012). No entanto, na prática, a equidade no acesso à saúde, a eficiência e qualidade dos serviços e o financiamento sustentável têm sido considerados insuficientes pelos analistas e especialistas da área diante das propostas de então (Mendes *et al.*, 2012).

2.2 O financiamento das políticas públicas em municípios

Previsto desde a Constituição Federal de 1988, o formato do financiamento do SUS passou por mudanças de conceito e foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que definiram as fontes, os percentuais, a divisão e o repasse dos recursos. Apenas na Emenda Constitucional n. 29, em 2000, e a sua regulamentação em 2012 por meio da Lei Complementar 141/2012 e do Decreto n. 7.827/2012, é que foram definidos os percentuais mínimos de gastos com saúde, proporcionais à Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e Municípios (15%). Os mesmos instrumentos reguladores não estabeleceram um percentual para o governo central, prevalecendo “o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior ... acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual” (Decreto 7.8217, 2012).

Com o agravamento da crise fiscal, os gastos da União com políticas de saúde foram novamente regulamentados pela Emenda Constitucional n. 95/2016 que estabeleceu que o percentual de gastos do governo Federal passou a estar vinculado à correção pela inflação dos gastos realizados no ano anterior a 2017, pelos próximos vinte anos (COSEMS CE, 2020).

Em acordo com a legislação brasileira, os recursos repassados aos municípios devem ser geridos conforme as ações descritas em planos Municipais de saúde e em programação anual de saúde, que devem ser revisados e atualizados pelas três esferas de gestão do sistema. A legislação veda a transferência de recursos para atividades de saúde não previstas nos planos e programas, à exceção de situações emergenciais ou de calamidade pública devidamente justificadas (COSEMS CE, 2020).

A portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 do Ministério da Saúde aplicou a lógica de desempenho e produtividade como critério nos blocos de repasses de recursos de verbas fixas e variadas. Os critérios, então, consideram a captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas, nos quais os montantes são definidos a partir do número de usuários cadastrados nas equipes de saúde da família, com foco nas pessoas em situação de vulnerabilidade social, pagamento baseado no alcance de indicadores definidos pelo Ministério da Saúde e adesão a projetos do governo federal (Brasil 2020).

Diante de mudanças significativas das fontes de recursos, os municípios têm se deparado, em plena pandemia, com maiores desafios para equilibrar as contas da saúde, haja vista que este têm as transferências da União diretas à saúde como segunda principal fonte de recursos, com os municípios das regiões Norte e Nordeste apresentando maior dependência destas transferências (Crozatti, Lima Jr., Lima, Oliveira & Righeto, 2018).

2.3 SUS e atendimento à saúde

O modelo de saúde anterior ao SUS era previdenciário, focado em ações curativas, médico-hospitalares, e com múltiplas direções: pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência Social (Conass, 2011). Foi a partir do movimento de Reforma Sanitária que as desigualdades e paradigmas sobre o sistema de saúde e assistência à saúde foram revistos. A saúde era um direito para pessoas que eram vinculadas ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) - Ministério da Previdência Social (Conass, 2011) e a população que não contribuía com o sistema previdenciário (profissionais autônomos, trabalhadores rurais ou marginalizados) tinha acesso à saúde por meio de ações caritativas de ONGs ou instituições filantrópicas/ religiosas. Para o Ministério da Saúde cabiam ações abrangentes de controle de endemias ou vacinas, por exemplo, (Conass, 2011). A mudança de paradigma no campo da saúde foi a transformação desse modelo biológico, médico-hospitalar, para um modelo social, no qual o processo de saúde-doença é condicionado por determinantes sociais (modos de viver, de trabalho, lazer, etc) (Conass, 2011). Foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que trouxe para a pauta, com participação popular expressiva, a saúde como direito de todos e dever do Estado, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial, tornando-se um marco para história de criação do SUS (Conass, 2011). Essas reivindicações foram, posteriormente, legitimadas com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, e, então, criação do SUS (Conass, 2011).

O SUS é um sistema que incorpora ações e serviços de saúde, abrangendo diversos níveis de atenção à saúde e serviços de forma descentralizada, hierarquizada e com participação social (Conass, 2011). Ele é gerido pelo setor público e seus princípios doutrinários e organizativos o definem como universal, integral, equânime, de organização descentralizada, hierarquizado e com participação popular (Lei 8.080). A concepção de saúde para o SUS é feita a partir do conceito de saúde como determinação social do processo de saúde doença e, portanto, abrange Saúde, Previdência e Assistência social, ou seja, no contexto de políticas públicas, a Seguridade Social (Conass, 2011; Constituição Federal, 1988). O SUS tem um modelo de gestão considerando o Estado como poder público e, portanto, distribui para cada esfera de governo a responsabilidade da direção, administração e dos gastos: à União, pelo ministério da Saúde; outros estados, Distrito Federal e outros municípios pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (Lei 8.080; Constituição Federal, 1988).

A Atenção Básica (AB), de acordo com a portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, tem a função de prestar cuidados primários para a saúde da

população, sendo porta de entrada do sistema e centro de comunicação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Básica é gerida pelo setor público de forma descentralizada nas três esferas de governo, operacionalizada pelos princípios e por diretrizes do SUS (Portaria nº 2.436/17). O meio prioritário pela qual a Atenção Básica garante a expansão da cobertura é com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) inseridas em regiões geográficas específicas é a Estratégia Saúde da Família (ESF) (Portaria nº 2.436/17, Neves *et al*, 2018, Brasil, 2010, Fertoni *et al*, 2015). Estas unidades têm a responsabilidade de criar ações que respondam e tratem as necessidades de saúde da população adstrita, tendo como pressuposto conceitual os princípios de diretrizes do SUS e a concepção social de saúde, ou seja, a saúde determinada pelas condições de vida e não a ausência de doença (Portaria nº 2.436/17, Brasil, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009, p. 43), a atenção básica compreende o conjunto de ações de saúde, “no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Neste nível de atenção, faz-se uso de tecnologias de elevada complexidade, mas de baixa densidade, que são capazes, em geral, de solucionar os problemas de saúde mais recorrentes e relevantes naquele território. Segundo Breno *et al*. (2017), a atenção primária, como também é chamada a atenção básica, funciona como a porta de entrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e é responsável por organizar os cuidados de saúde de indivíduos, famílias e da população em longo prazo. A importância dada à atenção básica está manifesta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em vigor através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde. Segundo a PNAB, Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Portaria nº 2.436/17, Art. 2º).

Uma das ações próprias à atenção básica é a Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente chamada de Programa Saúde da Família, que foi implementada em 1994 com a finalidade de reorganizar o SUS. Sua ideia principal era priorizar ações de proteção e promoção à saúde, onde cada equipe de saúde buscava conhecer a realidade das famílias das quais é responsável, através do preenchimento de um cadastro e da identificação de suas características, pois, dessa forma, seria mais sensível às suas necessidades (Silva, Silva & Bousso, 2011). A ESF se baseia em princípios que servem de guia para o desenvolvimento

das práticas de saúde, dentre eles estão: o vínculo com o usuário, a centralidade na pessoa/família, a integralidade e a coordenação da atenção, a participação social, a articulação à rede assistencial e a atuação intersetorial (Arantes, Shimizu & Merchán-Hamann, 2016).

Considerando que a base de atuação da ESF é o território inserido e, portanto, as condições de vida daquela população residente, os investimentos governamentais têm sido voltados para incentivo da adesão dessa estratégia nas unidades de saúde (UBS) e na sua expansão territorial (cobertura) com a expectativa de melhorar as condições sociais, de saúde, da população neles residentes (Neves *et al*, 2018, Brasil, 2010). Desde a criação do Programa Saúde da Família, atualmente Estratégia Saúde da Família, foram observados impactos significativos nas condições de vida da população (Brasil, 2010). Estes impactos foram mais robustos quando associados com unidades de saúde sem ESF (Neves *et al*, 2018). Foram observadas melhorias em situações de saúde como amamentação, puericultura, mortalidade infantil, mortalidade materna como observados nos estudos citados por Neves *et al* (2018).

Nos 30 anos de SUS a mortalidade infantil foi reduzida em 70%, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou de 69 para 76 anos, a Estratégia da Saúde da Família do SUS cobre 130 milhões de brasileiros (60%), houve ampliação do Programa Nacional de Imunização do Brasil, ocorreu aumento da sobrevivência de pacientes infectados com o vírus HIV através do acesso à terapia com antirretrovirais, além da universalização da assistência de média-alta complexidade que inclui, por exemplo, a realização de transplantes e tratamentos oncológicos (De Lima, Carvalho & Coeli, 2018).

Considerando que a maior parte da população usuária assídua do SUS é de baixa renda e que as ações do sistema se aplicam à população como um todo, limitar os recursos com base na quantidade de pessoas cadastradas não reflete a ação comunitária, o planejamento territorial e a vigilância em saúde empregada pelo SUS, o que conseqüentemente também coloca em risco os princípios do SUS, principalmente o da universalidade (Neto, 2020).

2.4 Estudos sobre eficiência na atenção básica em municípios brasileiros

São escassos os estudos publicados em periódicos sobre a eficiência em saúde em municípios no Brasil. Apresentamos três com data de publicação inferior a dez anos, para destaque da baixa produção sobre o tema.

Mazon, Freitas e Colussi (2021) analisaram a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde com identificação no território, como é feito no presente trabalho. Estes autores afirmam que:

“... foi possível concluir a existência de elevado número de municípios de pequeno porte ineficientes na produção dos resultados de saúde. Além disso, um retrato da evolução da eficiência técnica, ao longo dos anos analisados, demonstrou uma trajetória decrescente, o que sinaliza aos gestores do SUS a urgente necessidade de implementar correções necessárias para a melhoria do padrão de eficiência desses sistemas locais de saúde.” (MAZON, FREITAS e COLUSSI, 2021).

A associação entre o tamanho do município e o baixo nível de eficiência é uma descoberta do estudo citado.

Santos-Neto, Mendes, Pereira e Paranhos (2019) estudaram a eficiência técnica nos sete municípios da Região de Saúde Rota dos Bandeirantes no estado de São Paulo. Com indicadores do DATASUS concluíram que:

“... os municípios com maior receita disponível e maior gasto per capita atingiram os melhores resultados nos indicadores de saúde e, portanto, melhores índices de eficiência técnica em saúde. Todavia alguns municípios, mesmo com uma pequena estrutura, atingiram resultados melhores que seus vizinhos, demonstrando eficiência na gestão de sua estrutura e, desta forma, o recurso mostrou-se como condição necessária para que haja eficiência, porém, não suficiente” (SANTOS-NETO, MENDES, PEREIRA e PARANHOS, 2019).

Varela, Martins e Fávero (2015) apresentaram uma metodologia de avaliação da eficiência técnica dos municípios paulistas na aplicação de recursos públicos na política de atenção básica à saúde e analisaram a influência de variáveis não controláveis no processo de produção em tal área. Com dados da estrutura da oferta de serviços, das condições sociais e econômicas dos municípios e de indicadores de serviços prestados os autores concluíram que:

“... seria possível aumentar, consideravelmente, a quantidade de serviços prestados à população sem a necessidade de novas dotações orçamentárias na maioria dos municípios. Além disso, verificou-se que a maior proporção de idosos em uma jurisdição torna a prestação de serviços mais cara; por sua vez, maiores densidade populacional, grau de urbanização e escala dos estabelecimentos de saúde favorecem o gasto público com eficiência”.

Há, portanto, evidências de que o nível de eficiência no uso dos recursos públicos da atenção básica gerida por municípios pode ser melhorado tendo em vista a adequada identificação dos entes de federados que precisam de melhores capacidades estatais e atender a população com maior equidade e eficácia: lacuna de encaixe deste trabalho.

3. Aspectos metodológicos

O presente trabalho pode ser caracterizado como descritivo e explicativo por descrever características de municípios paulistas no uso dos recursos orçamentários para a atenção básica à saúde no ano de 2008 a 2020, com foco na taxa de cobertura em 2020.

Os gastos orçamentários foram considerados os liquidados em cada ano, haja vista que “o pagamento da despesa só será efetuado quando ordenado após sua regular liquidação” (Lei n. 4.320, 1964) já que a liquidação acontece após o material ou serviço já ter sido entregue e executado conforme foi solicitado, o que impõem maior nível de precisão do valor efetivamente utilizado pelo serviço de saúde (Varela *et al.*, 2012). Este dado é disponibilizado

pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (DATASUS – Departamento de Informática do SUS, 2020),

O estudo faz uso da técnica de análise de regressão multivariada (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009 p. 149-220) já que “a análise da correlação e regressão compreende a análise de dados amostrais para saber se e como duas ou mais variáveis estão relacionadas uma com a outra numa população” (Stevenson, 1981, p. 341).

Os 83 códigos de classificação do elemento de despesa (STN, 2021, p. 79) dos empenhos contabilizados por cada município em cada ano foram agrupados em cinco categorias por natureza do objeto:

- A. Pessoal próprio e o RGPS – Regime Geral da Previdência Social;
- B. Viagens como diárias e deslocamentos;
- C. Juros e amortizações de dívidas;
- D. Materiais diversos e contratação de pessoal terceirizado, seja pessoa física ou serviços de pessoa jurídica;
- E. Materiais permanentes e obras, desde que duráveis;

Estas categorias são semelhantes à classificação da Natureza da Despesa Pública (STN, 2021, 73) e foram utilizadas nas análises, conforme descrito a seguir.

Os gastos por elemento de despesa foram obtidos pela agregação dos empenhos liquidados, constantes das planilhas disponibilizadas no *site* do TCESP (2020). Foram ainda agregados conforme a categoria do elemento de despesa, pelo código da classificação do quinto e do sexto dígitos da coluna “ds_elemento”, conforme as categorias A a E acima. Estes dígitos representam o código identificado na “Tabela D” da Portaria Interministerial 163 do STN e do MPDG para a classificação da despesa pública conforme o elemento de despesa (MPDG, 2001, p. 12).

Os gastos totais por categoria do elemento de despesa foram, então, divididos pela quantidade de habitantes de cada município, estimado anualmente pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) para encontrar o gasto médio por habitante em cada ano e em cada município. Ponderou-se assim, o porte do município, o volume da demanda pelo serviço público referido e o montante de gastos liquidados registrados para cada ano. Os valores foram atualizados monetariamente pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (IBGE, 2021) entre cada ano e o ano de 2020, para eliminar o efeito da inflação nas análises.

Os municípios foram agrupados em função de sua população estimada pelo IBGE para o ano de 2020, em cinco faixas de população (fxpop), criadas com o objetivo de

detalhamento das análises e a partir da distribuição da frequência similar da quantidade de municípios com os seguintes limites:

Faixa:	Limites de habitantes
1	: até 30.000
2	: entre 30.001 e 50.000
3	: entre 50.001 e 300.000
4	: entre 300.001 e 1.000.000
5	: acima de 1.000.000

Foram empregadas a estatística descritiva e a análise de regressão múltipla pelo método dos mínimos quadrados ordinários (MQO) como técnica de estimação. Os requisitos de normalidade, homocedasticidade e linearidade (Hair et al 2009, p. 82-8; Corrar, Paulo & Dias Filho, 2014, p. 40-6) e da ausência da multicolinearidade (Hair et al., 2009, p. 160; Fávero, Belfiore, Takamatsu & Suzaart, 2014, p.131 e Fávero, 2015, p. 45-62) para as variáveis usadas neste estudo e exigidas pela técnica, foram verificados e achados adequados pelo teste visual do histograma, pelos testes de White, Shapiro-Wilk e da correlação linear e o fator de inflação da variância ou VIF (*variance inflation fator*) (Hair et al., 2009, p. 190-1; Fávero et al., 2014, p. 131-42; Fávero, 2015, p. 45-62).

O modelo de regressão possui a variável Taxa de Cobertura da Atenção Básica no ano de 2020 (cab20) como variável dependente. Como variáveis explicativas foram usadas o gasto médio e o gasto total com pessoal próprio (ma20 e ta20) e com compras de materiais e serviços (md20 e mt20) liquidados na atenção básica nos municípios paulistas no ano de 2020.

4. Resultados e análises

4.1 – Análise descritiva

Os descritivos da população estudada, os municípios do estado de São Paulo, com exceção da Capital, estão no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Quantidade de municípios, PIB total, PIB por habitante, total da população, a quantidade de Unidades Básicas de Saúde, média de habitantes por UBS, o percentual médio da cobertura das equipes de saúde da atenção básica e percentual média de nascidos vivos cujas mães fizeram sete ou mais consultas no período pré-natal com os municípios categorizados por faixa de população:

Faixa da Popul.	Quantidade de Municípios	Produto Interno Bruto (PIB) *	PIB/habitante **	Total da população	Qtde de UBS	Media de habitantes por UBS	Taxa da Cobertura da Atenção Básica
1	437	126.945,80	27,82	4.442.596	3.689	1.620,72	84,50
2	62	99.076,74	41,45	2.434.479	2.773	1.410,70	66,67
3	114	620.520,30	45,62	13.400.000	12.251	1.981,43	60,92
4	23	520.922,90	44,99	10.900.000	6.848	3.374,11	52,34
5	2	122.723,00	48,16	2.605.913	798	8.041,64	54,44
Todos	638	1.490.188,74		33.782.988	26.359	1.748,50	77,30

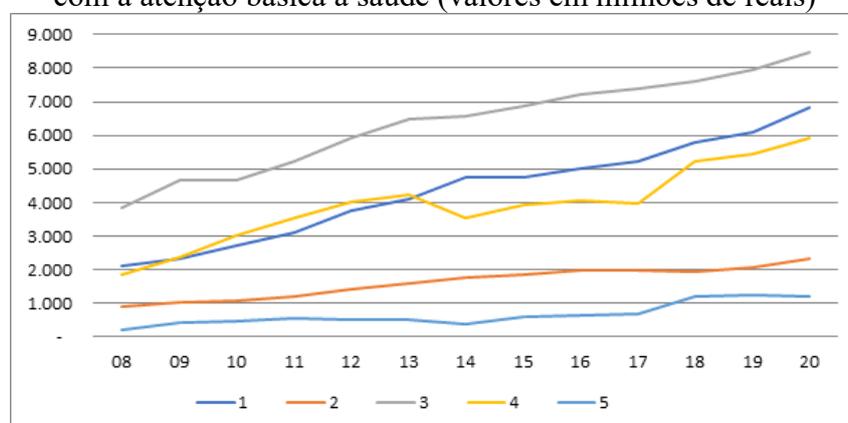
* em milhões de reais

** em milhares de reais

Legenda: Faixa pop.: 1: até 30.000 habitantes; 2: entre 30.001 e 50.000 habitantes; 3: entre 50.0001 e 300.000 habitantes; 4: entre 300.001 e 1.000.000; 5: acima de 1.000.000 de habitantes.

Pode-se observar a concentração de municípios na faixa de população 1 aqueles com até 30 mil habitantes. Estes municípios têm a melhor percentagem média de cobertura da atenção básica e a segunda melhor média da taxa de mães de nascidos vivos que fizeram 7 ou mais consultas no período de gestação. Destaca-se, também, que a média de habitantes por UBS aumenta significativamente conforme aumenta a faixa populacional, significando dizer que as redes de atenção básica estruturadas em UBS são maiores e/ou atendem a significativa maior quantidade de pessoas residentes quanto maior for a cidade. Esta é uma consideração relevante quando se avalia a economia de escala para as redes municipais de atenção básica à saúde.

Gráfico 01 – Evolução do gasto total dos municípios paulistas no período de 2008 a 2020 com a atenção básica à saúde (valores em milhões de reais)



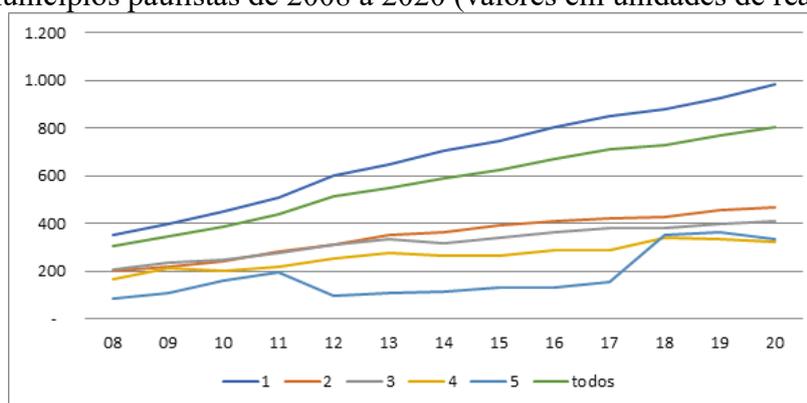
Legenda: Faixa 1: até 30.000 habitantes; Faixa 2: entre 30.001 e 50.000 habitantes; Faixa 3: entre 50.0001 e 300.000 habitantes; Faixa 4: entre 300.001 e 1.000.000; Faixa 5: acima de 1.000.000 de habitantes.

Os municípios paulistas realizaram gastos liquidados no orçamento municipal no montante total de 220 bilhões de reais para atendimento das demandas das redes municipais

de atenção básica à saúde. Observa-se que os 114 municípios que têm entre 50 e 300 mil habitantes (fxpop.3) demandaram os maiores valores totais e apresentaram o maior crescimento de gasto juntamente com os 23 municípios que têm entre 300 mil e 1 milhão de habitantes (fxpop.4).

Para ponderar estes gastos com a população residente, os gráficos a seguir mostram os valores no mesmo período de tempo, porém, desagregados em gastos com pessoal próprio (Gráfico 02) e gastos com compras de materiais e serviços de terceiros (Gráfico 03), os que incluem os serviços de saúde terceirizados pelos municípios.

Gráfico 02 – Média do gasto anual na atenção básica por habitante com pessoal próprio nos municípios paulistas de 2008 a 2020 (valores em unidades de reais).

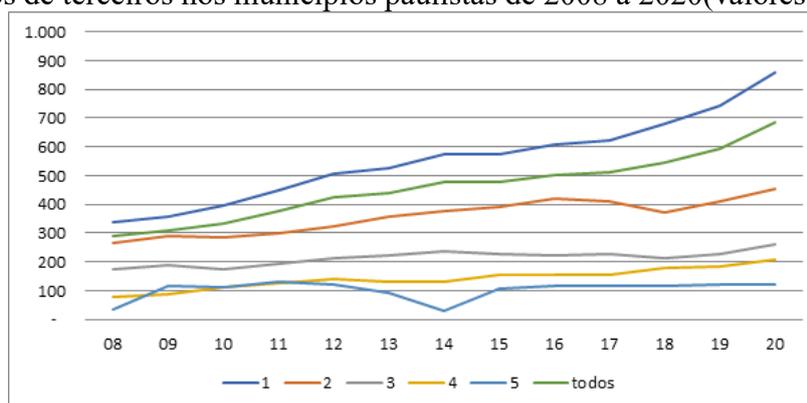


Legenda: idem ao Gráfico 01.

A média do gasto por habitante nos municípios paulistas no período de 2008 a 2020 é crescente e teve significativa alta neste mesmo período para todas as categorias de municípios. Os valores médios partiram de menos de 400 reais por pessoa no ano de 2008 para próximo a 1.000 reais para os municípios menores, os que apresentaram maior média de gasto por habitante. Os municípios maiores têm gastos médios significativamente menores e com menor evolução no mesmo período. Esse dado levanta a questão sobre a forma como a política de saúde tem sido estruturada, financiada e gerida no país. Apresenta-se a questão sobre a economia (ou deseconomia) de escala para este tipo de política, considerando que os municípios com até 50 mil habitantes necessitam de estrutura de gestão similar aos demais, porém, com menor nível de demanda para o serviço público.

Modelos de gestão em consórcios (Julião, 2018) ou mesmo em forma de regiões de saúde poderiam ser considerados para a avaliação da eficiência como opções de redesenho dos modelos de gestão da atenção básica, o que faria o serviço que é a porta de entrada no SUS, com maior economicidade.

Gráfico 03 – Média do gasto anual na atenção básica por habitante com compras de materiais e serviços de terceiros nos municípios paulistas de 2008 a 2020 (valores em reais).



Legenda: idem ao Gráfico 01.

Os gastos com compras de materiais e serviços liquidados na atenção básica no período de 2008 a 2020 tem o mesmo comportamento ascendente, conforme pode-se observar no Gráfico 03 acima. O mesmo fator de gastos excessivos para os municípios com até 50 mil habitantes pode ser feito nesta categoria de gastos. A consideração de compras consorciadas ou mesmo a criação de um nível intermediário, como a institucionalização da região de saúde como operadora de recursos orçamentários públicos, pode ser feito aqui para avaliar melhor utilização do recurso público da atenção básica no Brasil.

4.2 – Análise explicativa

A taxa de cobertura dos municípios paulista considerada como variável dependente do gasto médio com pessoal próprio e com o gasto médio com compras de materiais e serviços de terceiros está descrito como no Quadro 2 abaixo:

Quadro 2 – indicadores da correlação multivariada com a cobertura da atenção básica nos municípios paulistas como variável dependente do gasto médio por habitante com pessoal próprio (ma20) e com compras de materiais e serviços (md20).

Source	SS	df	MS	Nu	mber of ol	638
				#NOME?	, 635)	31,59
Model	43756	1 2	21878	125 Pr	ob > F	0
Residual	439775	4 635	692,559	439 R-	squared	0,0905
					R-squared	0,0876
Total	483531	9 637	759,075	776 Ro	ot MSE	26,317
cab20	Coef,	Std, Err	, t	P> t	[95% Cor	f, Intervall]
ma20	0,01332	0,00267	4,99	0	0,00807	0,01856
md20	0,00303	0,0028	1,08	0,279	-0,0025	0,00852
cons	64,7261	1,91156	33,86	0	60,9724	68,4799

Fonte: dados da pesquisa

Observa-se que a capacidade de explicação da taxa de cobertura pelos gastos médios com pessoal próprio e com compras de terceiros é baixa, haja vista o R2 ser baixo ($R\text{-squared} = 0,0876$). Ou seja, estes dois gastos explicam menos de 10% da variação da taxa de cobertura da atenção básica no ano de 2020. Há, portanto, muitos outros condicionantes e determinantes no contexto da Atenção Básica que influenciam sua adesão pelos municípios e a respectiva oferta e efetividade para a população residente nos municípios paulistas. Porém, observa-se que o gasto médio por habitante com pessoal próprio tem significância estatística ($p\text{-value} < 0,000$) enquanto que o gasto médio por habitante com compras de materiais e serviços de terceiros não apresenta significância estatística ($p\text{-value} = 0,2790$).

O Quadro 3 a seguir mostra a correlação multivariada com a taxa de cobertura da população dos municípios paulistas como variável dependente e os gastos totais com pessoal e com compras de materiais e serviços de terceiros como variáveis independentes ou preditoras.

Quadro 3 – indicadores da correlação multivariada com a cobertura da atenção básica nos municípios paulistas como variável dependente do gasto total com pessoal próprio (ta20) e com compras de materiais e serviços (td20).

Source	SS	df	MS	Number of	638
				F(2, 635)	= 19.88
Model	284.855.947	2	142.427.974	Prob > F	0.0000
Residual	455.045.674	635	716.607.361	R-squared	0.0589
				Adj R-squ	0.0559
Total	483.531.269	637	759.075.776	Root MSE	26.77
cab20	Coef.	Std. Err	t	P> t	[95% Interval]
ta20	-.0670399	.0286559	-2.34	0.020	-.1 - .0107682
td20	-.1578302	.0498279	-3.17	0.002	-.2 - .0599828
_cons	8.118.903	1.230.451	65.98	0.000	78 8.360.528

Fonte: dados da pesquisa

Observa-se que o poder de explicação da equação de regressão ($R\text{-squared}$) diminuiu para 5,89%. Este indicador confirma o comentário feito no Quadro 2 quanto à existência de outros condicionantes para aumentar a taxa de cobertura. Porém, os gastos totais com pessoal e com compras de materiais e serviços passam a ter significância estatística ao nível de 5% ($p\text{-value} < 0,02$).

Considerando a avaliação dos gráficos e da análise de correlação multivariada anteriores, pode-se identificar que o montante total de recursos usados na atenção à saúde tem associação com significância estatística com este resultado do presente estudo, a percentual de cobertura do serviço público de atenção básica. Pode-se avaliar que quanto maior o

montante de recursos aplicados maior deverá ser a proporção de pessoas cobertas pela atenção básica, que aumenta proporcionalmente se avaliação das faixas populacionais de municípios menores. Os dados indicam existir uma relação invertida e complexa na relação montante por habitante, montante total e taxa de cobertura. Há economia de escala quando se observa o montante total do gasto no município; porém, este gasto individualizado por habitante se mostra sem nível de associação estatística adequado com a taxa de cobertura. O que corrobora com a observação de que os municípios menores gastam até quatro vezes mais por habitante do que os maiores.

Haja vista que a qualidade do atendimento à saúde das populações carentes do país e do estado de São Paulo dependem das ações, estratégias e programas do SUS. Melhorar o entendimento de como os recursos orçamentários são aplicados e como impactam indicadores como os da cobertura bem como os de efetividade das referidas ações é o passo oportuno a ser dado nos estudos de avaliação de impacto de políticas de saúde.

5. Conclusão

Este estudo procurou analisar os gastos com a atenção básica dos municípios do estado de São Paulo, exceto a Capital, no período de 2008 a 2020 categorizando os municípios por faixa populacional e os gastos com pessoal próprio e com compras de materiais e serviços. A relevância desta análise pode ser considerada diante da percepção da terceirização da gestão de serviços de saúde em nível de municípios, como foi descrito na revisão da bibliografia acima, registrado na contabilidade destes entes públicos com compras de serviços de terceiros.

Os resultados indicaram que os municípios paulistas realizaram cifras monetárias superiores a 220 bilhões de reais na subfunção da atenção básica do ano 2008 até o ano 220, com os municípios menores, aqueles com até 30 mil habitantes, realizando os maiores gastos por habitante em toda a série temporal analisada.

A análise da correlação multivariada pelo Método dos Mínimos Quadrados Ordinários mostrou que a taxa de cobertura da atenção básica tem baixo nível de explicação com a combinação dos gastos com pessoal próprio e com compras de materiais e serviços, tanto na consideração da ponderação por habitante em cada município ou quanto o seu montante total no ano de 2020. Porém, esta análise mostrou que a significância estatística é alta para os gastos totais e médios com o pessoal próprio e totais com as compras de materiais e serviços, o que permite considerar que a remuneração do pessoal da atenção básica à saúde nos municípios paulistas pode ser pontuada ou significativa e positivamente influenciada pelo

reconhecimento, mediante remuneração justa e condizente remuneração, seja em forma de salários seja em forma de outros benefícios que traduzem o reconhecimento da sociedade pelos serviços prestados pelos profissionais contratados.

Estas descobertas acadêmicas permitem questionar se o atual modelo de financiamento e de repartição dos recursos destinados ao financiamento da saúde nos entes federados municipais atende ao princípio da economicidade. Há evidências de que a estrutura de gestão da atenção básica está pouco adequado ao que se pode definir como capacidade local de gestão de efetividade das políticas, pontos de aprofundamento necessários em novos estudos.

Novas investigações a respeito do nível e da categorização destes mesmos municípios quanto à contratualização de serviços de prestadores terceirizados para a oferta e gestão dos respectivos serviços deverão ser realizadas em pequeno espaço de tempo pelos autores. Pretende-se avaliar os gastos sob dois novos aspectos: o da entrega dos serviços que pode ser considerado tanto pela quantidade ou quanto pela qualidade destes; e o da eficiência do gasto tendo em vista que municípios com menores recursos podem prestar serviços condizentes com a capacidade financeira de financiamento que obtém da atual estrutura social, econômica, fiscal e legal hora em validade no país.

6. Referências bibliográficas.

- LESP - Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (2018). *Comissão Parlamentar de - Inquérito das Organizações Sociais de Saúde*. Recuperado de: <https://www.al.sp.gov.br/alesp/cpi/?idComissao=1000000225>
- Almeida, N. D. (2013). A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde-SUS. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 01-09. Recuperado em 10 de agosto de 2020 de: <http://www.ccs.ufpb.br/cfisio/contents/documentos/texto-prova-2.pdf>.
- Boueri, R., Rocha, F., & Rodopoulos, F. (Eds.) (2015). *Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional. Recuperado em 30 de julho de 2020 de: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:28263.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil). Recuperado em 05 de junho de 2021 de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf

- CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (2015). *Assistência de Média e Alta Complexidade*. Brasília, v. 4, 1ª ed., 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL_jun2015.pdf>. Acessado em 05 nov 2020.
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011). *Legislação Estruturante: Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011*. Recuperado em 15 de julho de 2020 de <https://www.conass.org.br/biblioteca/legislacao-estruturante-do-sus-2/>.
- _____ (2020). **SUS: Avanços e desafios**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf>. Acessado em: 30 out 2020.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011). Sistema Único de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em: 20 mai. 2021
- Constituição Federal de 1988* (1998). Brasília. Recuperado em 25 de agosto de 2020 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Corrar, J. C, Paulo, E., Ddias Filho, J. M. (2014). *Análise multivariada para os cursos de administração, ciências contábeis e economia*. São Paulo: Atlas.
- COSEMS CE – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (2018). *Mudanças no financiamento da saúde*. Disponível em: <https://www.cosemsce.org.br/documentos/download/Mudancas_no_Financiamento_da_Saude_2018.pdf>. Acessado em: 01 nov 2020
- Crozatti, J., Lima Junior, A. F. de, Lima, L. N., Oliveira, L., & Righetto, P. (2020). O gasto e as fontes do financiamento do SUS nos municípios brasileiros de 2003 a 2018. *Revista Ambiente Contábil*, 12 (2), 200-218. <https://doi.org/10.21680/2176-9036.2020v12n2ID18708>
- DATASUS – Departamento de Informática do SUS (2021). *Informações de saúde*. Recuperado em 15 de maio de 2021 de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
- Druck, G. (2016). A terceirização na saúde pública: formas diversas da precarização do trabalho. *Trab. educ. saúde* 14 (Suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>
- Fávero, L. P. (2015). *Análise de dados: modelos de regressão com excel, stata e spss*. São Paulo: Campus/Elsevier.

- _____, L. P., Belfiore, P., Takamatsu, T. T. & Suzaart, J (2014). *Métodos quantitativos com Stata*. São Paulo: Campus/Elsevier.
- Fertonani, H.P.; Pires, D.E.P. de; Biff, D.; Scherer, M.D. dos A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* 20 (6) Jun 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & TATHAM, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman Editora.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). *Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC)*. Recuperado de: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?edicao=25506&t=sobre>
- Julião, K. S. (2018). *Cooperação intergovernamental na saúde: os consórcios de saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual* (Dissertação de mestrado, EACH/USP) São Paulo.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Brasília. Recuperado em 19 de setembro de 2020 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Mendes, A.C.G.; Sá, D.; Miranda, G.M.D.; Lyra, T.M.; Tavares, R.A.W. (2012). Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública* 28 (5), Maio 2012. doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014.
- Ministério da Saúde. (2009). O SUS de A a Z – Garantindo saúde nos municípios. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.
- Neves, R.G.; Flores, T.R.; Duro, S.M.S.; Nunes, B.P.; Tomasi, E.(2018). Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde* 27 (3) 03 Set 2018. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>
- PAHO – Pan American Health Organization (2018). *Health Indicators. Conceptual and operational considerations*. Washington, D.C.: PAHO. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49056/09789275120057_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Acessado em: 30 out 2020.
- Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília. Recuperado em 05 de junho de 2021 de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

- PNUD – Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (2021). *Índice do desenvolvimento humano*. Recuperado em 01 de maio d 2021 de: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh.html>
- Stevenson, W. J. (1981). *Estatística aplicada à administração*. São Paulo: Harbra.
- STN – Secretaria do Tesouro Nacional. Brasil (2021). *Manual de Contabilidade Aplicado ao Setor Público*. Brasília: STN. Recuperado em 15 de maio de 2021 de: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/manual-de-contabilidade-aplicada-ao-setor-publico-mcasp/2019/26>.
- Tonelotto, D., Crozatti, J., Righetto, P., Escobar, R. A., & Peres, U. D. (2018). Participação de organizações sociais no orçamento da saúde do município de São Paulo no período de 2003 a 2016. *Revista Contabilidade e Controladoria*, 10(3), 69-85. <http://dx.doi.org/10.5380/rcc.v10i3.62834>.
- Varela, P. S., Martins, G. A., & Fávero, L. P. L. (2012). Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. *Revista de Administração*, 47(4), 624-637. <https://doi.org/10.5700/rausp1063>.